

**INFORME BÁSICO**

**UNIDADES DE**

**MEDICINA INTERNA**

**PARA INSUFICIENCIA**

**CARDIACA**

**PROYECTO UMIPIC**

# **GUIÓN**

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3. CARÁCTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS DEL SEGUIMIENTO

4. ESTRUCTURA DE LA CONSULTA MONOGRÁFICA

5. ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA MONOGRÁFICA

6. CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL

ENFERMERÍA

MÉDICO

7. ACTIVIDAD DE LA CONSULTA

ACTIVIDAD DE ENFERMERIA

ACTIVIDAD MÉDICA

8. CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL PACIENTE

9. RECLUTAMIENTO DE LOS PACIENTES

10. ORGANIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO

ESTUDIOS HABITUALES EN EL SEGUIMIENTO

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA

ALTA DEL SEGUIMIENTO

INDICADORES DE CALIDAD

INDICADORES DE ESTRUCTURA

INDICADORES DE PROCESOS

INDICADORES DE RESULTADOS

## INTRODUCCION

La insuficiencia cardiaca crónica (ICC) es, en pacientes mayores de 65 años, de las primeras causas de ingreso hospitalario por patología médica en España. Además su tasa de hospitalización se ha elevado en los últimos 10 años en un 45%, como consecuencia del incremento de los reingresos. El 75% del gasto lo consume la hospitalización, y ha llegado a suponer hasta el 3% del gasto sanitario del país. Las características de estos pacientes, son bien conocidas: predominio de sexo femenino, 2 de cada 3 pacientes son mayores de 75 años y presentan importante comorbilidad asociada.

A pesar del peso en la hospitalización y la gran limitación de la calidad de vida que produce la enfermedad, el tratamiento en los pacientes de mayor edad y comorbilidad, no está bien establecido. Algunos autores lo califican de "empírico", frente al tratamiento en la población más joven que lo consideran "basado en la evidencia". Sin embargo, una actuación que mejora la calidad de vida en los pacientes con ICC (con nivel de evidencia A), es implantar programas de seguimiento especiales. En estos pacientes, habitualmente ancianos con cardiopatía de base mayoritariamente hipertensiva, función ventricular conservada y múltiple comorbilidad asociada, parece más apropiado un manejo global de sus problemas que la realización de estudios invasivos cardiológicos, de los que raramente se benefician. Por ello, la atención centrada fundamentalmente en internistas, con la colaboración puntual y dirigida de otras especialidades, se ha considerado la forma más idónea para los cuidados de esta población.

## OBJETIVOS

### **Objetivos generales:**

1. Disminuir tasa de reingresos y visitas a Urgencias por cualquier causa.
2. Disminuir la morbi-mortalidad de estos pacientes

3. Mejorar la calidad de vida del enfermo con IC

**Objetivos específicos:**

1. Precisar el diagnóstico de la IC y su etiología.
2. Optimizar el tratamiento específico para la IC a través de la aplicación protocolizada de los tratamientos que han demostrado evidencia científica
3. Control intensivo de los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV)
4. Valoración y seguimiento integral del paciente, evitando múltiples consultas a distintas especialidades médicas.
5. Proporcionar una adecuada educación sanitaria tanto al paciente como a sus familiares para aumentar la cumplimentación terapéutica, así como la capacidad de auto cuidado y de detección de descompensaciones
6. Mejorar el seguimiento post-alta del enfermo a través de contacto directo telefónico con cuidadores habituales del enfermo.
7. Actuaciones de rescate cuando sean precisas.
8. Establecer vías de coordinación con atención primaria y cardiología para el seguimiento ulterior del enfermo de la UIC.
9. Creación y monitorización de indicadores de calidad.
10. Informatizar la actividad asistencial para evaluar y mejorar la gestión clínica de la Consulta

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS

Este proyecto de consulta presenta varias características que le dan un

carácter claramente diferente al resto de los seguimientos habituales en la actualidad y que plantean una concepción distinta de la asistencia ambulatoria de nuestros pacientes:

- En primer lugar se plantea una **consulta totalmente protocolizada** con unos objetivos amplios, ya que se busca no sólo la estabilidad clínica y adecuación terapéutica, sino además un control del resto de factores de riesgo vascular y una atención global del resto de comorbilidades que presente el paciente, lo que implica un seguimiento estrecho y continuado del mismo para poder conseguir dichos objetivos.
- En segundo lugar, y en aras de lo anterior, se pretende **potenciar ampliamente la participación de enfermería** en el manejo de estos pacientes, ya que uno de los aspectos más cruciales a la hora de conseguir un buen manejo de la IC es una adecuada formación del paciente y sus familiares, aspecto éste en el que la enfermería ha demostrado una clara idoneidad en la literatura científica reciente.
- En tercer lugar, se plantea una **valoración integral** del paciente, que pueda abordar la mayoría de los problemas sin necesidad de someter al paciente a múltiples consultas que a su vez solicitan mas estudios , plantean mas tratamientos...y en definitiva no mejoran la calidad de vida del mismo. Esta visión integral características del internista consideramos es la piedra angular para conseguir el objetivo fundamental de este programa.
- En cuarto lugar un **seguimiento continuado**, donde a diferencia de los seguimientos tradicionales (cada 6 o 12 meses) el paciente tiene las consultas programadas a su necesidad, y además puede y debe acceder al personal de la consulta ante cualquier problemática que le surja.
- En quinto lugar, es una consulta fácilmente **accesible** desde el punto de vista físico para el paciente anciano y que tiene que acudir con cierta frecuencia, así como fácilmente **comunicada telefónicamente** con el

exterior.

### ESTRUCTURA DE CONSULTA.

La estructura de la consulta debe particularizarse a las posibilidades personales y organizativas del servicio y hospital. Sin embargo existen cuestiones básicas en la estructura de esta consulta.

1. Consulta de Enfermería y Médica separadas. Independientemente que el facultativo este localizado para apoyo de enfermería y /o, que la consulta médica este realizada y apoyada con la enfermería.

2. Estructura básica:

a. Consultorio Médico con dotación habitual.

b. Programa informático común para el seguimiento de pacientes: Actualmente existen problemas en cuanto a los programas informáticos ya que los hospitales de la red pública no permiten instalaciones de cualquier programa en sus ordenadores y además exige su programa asistencial que a su vez es distinto en cada comunidad, por lo que probablemente en un futuro cada unidad tenga que utilizar su programa asistencial habitual. De momento la intención es dotar a las nuevas unidades con un programa asistencial común.

c. Base de datos. Es fundamental que sea común en todas las unidades para posteriores estudios unificados. La idea es que el programa asistencial y la base de datos estén fusionados, sin embargo por múltiples problemas, de momento las unidades actuales trabajan con programa asistencial y base de datos separada. Los datos obtenidos serán necesarios entre otros para monitorizar los controles de calidad asistencial

d. Accesibilidad. Son pacientes ancianos y con pluripatología, su frecuentación a esta consulta va a ser elevada (recordamos la integración de todos sus problemas de salud), por lo que debe ser lo mas fácilmente accesible, no solo físicamente.

e. Teléfono propio de la consulta, al que se pueda acceder en un horario previamente establecido, desde el exterior por parte del paciente, familiares o médicos implicados en la asistencia del paciente (At. Primaria)

### 3. Estructura de apoyo Hospitalario

a. Hospital de día. Donde los pacientes reciban tratamiento de rescate y/o un tratamiento hospitalario. La estructura y la atención del hospital de día dependerán de cada hospital.

b. Hospitalización: Ingreso del paciente en situación de descompensación u otra necesidad, esta puede ser hospitalización habitual o en domicilio.

e. Servicio de urgencias: que al recibir un paciente de la unidad deberían ponerse en contacto con la misma.

Aunque el personal de la unidad no siempre tendrá competencias en estos servicios de apoyo, conviene no perder el seguimiento de los pacientes, así como encargarse de la hospitalización siempre que esto sea posible, dado que además está demostrada la menor iatrogenia y la disminución de la estancia cuando el paciente es seguido por médicos que lo conozcan previamente.

### ORGANIZACIÓN DE CONSULTA.

Con el fin de identificar en todo momento el volumen de pacientes atendidos

en la consulta monográfica, se propone crear un número identificativo tanto para la consulta médica como para la consulta de enfermería. De esta manera se pretende tener controlado de una forma fácil y rápida el número de pacientes que estamos controlando en la consulta, para poder reprogramar la agenda en función de las demandas.

Para el comenzar se puede calcular 7 pacientes diarios. Y para favorecer la agilidad y accesibilidad a la consulta monográfica se propone dejar siempre libres (bloqueados) 2 huecos de revisiones, que se rellenarán la semana previa en función de las demandas existentes.

Dado las características ya señaladas de los pacientes, la consulta por paciente es prolongada, calculando una media de 20 minutos por paciente, y aumentarla si es una primera consulta.

Se propone como comienzo que se dedique un día a la semana para la consulta médica y otro para consulta de enfermería exclusiva. Los horarios de inicio de la consulta deben ser tardíos en la mañana 11.30-14.00 hs. por dos motivos:

Para favorecer el desplazamiento hasta el hospital de nuestros pacientes a horas menos "intempestivas", pudiéndose realizar estudios el mismo día de la consulta para ahorrar desplazamientos (ECG, Rx tórax, analítica...), previamente a la visita médica.

Para permitir al facultativo adscrito a esta consulta atender realizar su actividad de planta habitual. Ya que la actividad que realizamos habitualmente esta integrada a la actividad habitual del internista. ( salvo excepciones)

Dado que son pacientes complejos y que siempre refieren problemas se recomienda calcular unos 20 minutos por paciente, y unos 30 minutos si es una primera consulta



## PERSONAL DE CONSULTA

### a. Perfil de Enfermería

- i. Se requiere una enfermera/o de práctica clínica avanzada para lo cual es necesaria una formación teórica y práctica de vanguardia
- ii. Profesional cercano y accesible
- iii. Autonomía para la toma de decisiones
- iv. Flexible creativo y dinámico dentro del modelo de trabajo sistemático
- v. Funciones de liderazgo dentro del sistema sanitario orientado como agente de cambio.

### b. Perfil Médico:

- i. Se requiere un/a médico internista concienciado del problema y con ánimo de aplicar un manejo integral del paciente. Especialmente actualizado en insuficiencia cardiaca.
- ii. Profesional cercano y accesible.
- iii. Capacitado para integrar a su actividad habitual con una consulta monográfica.
- iv. Flexible y dinámico dentro del modelo de trabajo sistemático, que le permita trabajar fuera de programa ante los problemas que surjan.
- v. Buena relación con los compañeros de servicio quienes muchas veces van a tener que cubrir necesidades que este no pueda atender.
- vi. Mantener buenas relaciones con otros especialistas fundamentales como cardiólogos, nefrólogos, atención primaria...

## ACTIVIDAD DE CONSULTA.

## CONSULTA DE ENFERMERIA. Actividades de enfermería:

- i. Comprobar los datos de filiación del paciente y teléfono de contacto.
- ii. Realizar la H clínica de enfermería, recogiendo los antecedentes personales, factores de riesgo, tratamiento habitual y hábitos de vida. Identificar al cuidador principal.
- iii. Comprobar el registro de constantes domiciliarias (TA, FC, Peso) así como la toma correcta de medicación
- iv. Tomar las constantes necesarias en esta consulta, previamente protocolizadas:  
  
Peso, altura, diámetro abdominal, IMC.  
TA. Frecuencia cardiaca y Sat O2  
Comprobar la evolución de las mismas con respecto a previos
- v. Proporcionar el material y recoger muestras, realizar EKG, así como administrar tratamiento en hospital de día (dependiendo de la estructura de cada hospital)
- vi. Realizar información y formación al paciente y familiares, apoyándose de folletos informativos, elaborados o aprobados previamente por el servicio. Comprobar en las sucesivas consultas la percepción y cumplimiento de la información/formación administrada. Sobre la marcha corregir hábitos, cumplimientos terapéuticos...
- vii. Dirigir al paciente en todo momento: encargarse de organizar las citas control y estudios habituales, donde

- solicitar los estudios especiales. Entregar los consentimientos informados pertinentes. Contactar con el hospital de día para tratamiento.
- viii. Proporcionar carpeta para ordenación de los múltiples análisis, estudios e informes que requiere el seguimiento habitual, con el membrete que identifique la consulta.
- ix. Atender a la llamada telefónica de pacientes, familiares y Médicos de At. primaria; a poder ser en un horario determinado. Solo si no puede solucionar el problema contactar con el facultativo.
- x. Realización de test varios (MMT, Barthel, ...).
- xi. Coordinar admisión con la actividad en consulta: solicitar historia hospitalaria, registro en admisión de la actividad, consultas programadas.
- xii. Organizar las consultas no programadas que con frecuencia requieren estos pacientes de edad avanzada y pluripatología
- xiii. Realizar la primera consulta en la hospitalización antes del alta, en un paciente previamente seleccionado por el facultativo, donde informara de la enfermedad, las ventajas del seguimiento. Si aceptan se le iniciara docencia y se citara con los estudios habituales en consulta próxima.
- xiv. Hacer registro informático de su actividad.

## CONSULTA MÉDICA Actividad médica:

- i. Selección de Paciente para el seguimiento.
- ii. Realización de H clínica, exploración física habituales
- iii. Toma de decisiones médicas previamente protocolizadas. En este apartado señalar la realización de protocolos basados en las guías clínicas que se están realizando actualmente en el seno del grupo nacional para apoyar decisiones en paciente con ICC y pluripatología.
- iv. Realizar la historia clínica en el programa asistencial de la consulta
- v. Responsable de la base de datos.
- vi. Entrega de informe cada consulta con los diagnósticos, actitudes y tratamiento por igual al paciente, al médico de atención primaria y a la Historia clínica del servicio de salud correspondiente. (Probablemente esto se resume actualmente en una sola hoja para el paciente, ya que atención primaria y especializada, tienen los informes en el mismo programa asistencial que comparten)
- vii. Colaboración en la labor de información y formación al paciente y familiares, así como en la realización y actualización del folleto informativo. (Actividad primera de la enfermería)
- viii. Atender a la llamada de pacientes, familiares y Médicos de Atención primaria; a poder ser entre un horario determinado. Esta atención será posterior a la atención por enfermería la

cuando no se consiga solucionar el problema.

- ix. Atención en Hospitalización
- x. Atención en Hospital de día
- xi. Actividad docente e investigadora

### CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES SUCEPTIBLES DE SEGUIMIENTO

Pacientes que reúnan los siguientes criterios.

- a. Capacidad física y mental.: El paciente debe deambular solo, mantener facultades mentales aceptables y tener apoyo familiar suficiente, que permita llevar a cabo un seguimiento adecuado.
- b. Diagnóstico de IC según criterios de las guías clínicas internacionales: 1. Criterios clínicos de IC (Framingham) y 2. Evidencia objetiva (preferiblemente ecocardiográfica) de disfunción ventricular
- c. Ausencia de seguimiento estrecho por Cardiología: El paciente no debe estar en seguimiento específico por cardiología, ni se prevé que sea sometido a un procedimiento diagnóstico y terapéutico invasivo. Intentar por tanto excluir la cardiopatía isquémica, las valvulopatías...subsidiarias de intervenciones.
- d. Pacientes con cardiopatías de base subsidiarias de intervencionismo y seguimiento en cardiología que por sus características (edad, pluripatología asociada...) no se va a realizar ningún tipo de intervención especializada.
- e. De cualquier edad.
- f. Se admitirá la pluripatología, siendo la IC el problema de mayor peso. Y se actuara en estos pacientes de forma integral, abarcando y solucionando la mayoría de los problemas en base a la visión y global del internista.
- g. Intentar excluir los pacientes con cor pulmonale en el seguimiento,

puesto que el enfoque de estos pacientes es diferente.

- h. Incluir fundamentalmente al paciente que reingresa. Existen evidencias demostradas, en que la eficacia de este seguimiento frente al sistema tradicional, es más patente a partir del 2 y 3º reingreso.

### RECLUTAMIENTO DE PACIENTES

Los pacientes podrán ser derivados a la consulta por medio de una hoja de consulta que contestara el facultativo y seleccionara o no al paciente para el seguimiento.

La procedencia de los pacientes:

1. Hospitalización: Tanto servicio de Medicina Interna como Cardiología. Desde aquí será el grueso de los pacientes. Una experiencia realizada en Lugo muestra que el rendimiento de la consulta, está en los pacientes que al menos han ingresado en dos ocasiones. En estos, el seguimiento es claramente más rentable en cuanto a reducción de hospitalizaciones, visitas a urgencias..., que en el seguimiento de consultas tradicional (médico de cabecera y especialista correspondiente)

2. Urgencias/Observación.

- 3 Atención Primaria.

Muchos de los pacientes (fundamentalmente de urgencias y atención primaria) carecen de estudios completos, por lo que a valorar por cada internista como organizarlo, quizás lo más práctico sea derivarlo primero a una consulta rápida (que puede ser la del propio facultativo) de medicina interna hasta su diagnóstico completo, y posteriormente valorar si procede la inclusión en el seguimiento; así disminuiría la presión en la consulta de IC.

### SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

La idea central del seguimiento por un internista de estos pacientes como ya se ha comentado es que sea integral y continuado:

Integral: debemos integrar todos los problemas, intentando derivar a especialistas lo menos posible y asumir en la medida de lo posible de la pluripatología que acompaña al paciente.

Continuado: esto es que adaptaremos las consultas a la necesidad del paciente, y además estar dispuesto a tratar las complicaciones que puedan surgir el periodo entre consultas, de ahí la importancia de un teléfono para que el paciente pueda comunicarse con la unidad y comentar su problemática, evitando así la desconexión del paciente hasta la nueva consulta.

Como norma general una vez seleccionado el paciente y aceptado en el seguimiento, durante un tiempo las consultas pueden ser frecuentes, mientras optimizamos las dosis de fármacos, y una vez estabilizado el seguimiento se realizara con más tiempo interconsulta. Se distinguirán:

- Primera consulta: Incluye actividad de enfermería y médica
- Consultas de Optimización: Frecuencia a necesidad del paciente, entre 15 días y un mes, en general presentes enfermera y médico, (aunque existen unidades muy protocolizadas que la enfermería actúan sin médico, siempre y cuando esta no objetive problemas)
- Consultas de seguimiento: Una vez estabilizado el paciente estas pueden realizarse cada 3 meses alternando consulta de enfermería con consulta médica y enfermería.
- Consultas no programadas: El paciente acude por una problemática previa llamada telefónica, y donde no se puede resolver el problema por consulta telefónica. Será atendido por medico y enfermería.
- Consulta telefónica: Suele contestarse a dudas o problemas habituales resolubles fácilmente y que evitan en mucha ocasiones descompensaciones. La enfermera es la primera en atender la llamada. Si no solventa el problema se lo comentará al médico y este decidirá intentar resolverlo telefónicamente o realizar una consulta no programada. Es necesario marcar un horario de llamadas, cómodo para la atención por parte del personal de la unidad.

### ESTUDIOS HABITUALES

Nos defenderemos habitualmente con dos perfiles de estudios:

#### PERFIL A.

Analítica completa: perfil renal, lipídico, hepático. Ferrocinetica, hs tiroideas.

Básico de orina

Hemograma

Nt proBNP/BNP

En situaciones especiales: Hba1c, microalbuminuria...

Electrocardiograma

Radiología de Tórax

Incluir otros estudios según necesidad: Ecocardiograma ...

#### PERFIL B

Analítica urgente: perfil renal, iones. Hemograma

Nt proBNP/BNP

Electrocardiograma

Añadir otros si precisa: Rx Tórax, digoxinemia.

Y se aplicara de la siguiente forma según consulta:

	<b>Primera visita: perfil A</b>	<b>Revisión 6 meses: perfil A</b>	<b>Revisión 12 meses: perfil A</b>
<b>ESTUDIOS A SOLICITAR</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>BQ general</b> (función renal, Perfil lipídico, perfil hepatico,prot totales y albúmina)</li><li>- TSH</li><li>- HbA1c (si DM)</li><li>- Perfil Fe,</li><li>- B12, fólico y reticulocitos (si anemia)</li><li>- <b>SyS orina</b></li><li>- <b>ECG</b></li><li>- <b>Ecocardio</b> en pacientes que no tengan estudio ecocardiográfico previo)</li><li>- <b>Espirometría:</b> si se considera oportuno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>BQ general</b> (función renal, FGE, PFH, Perfil lipídico, prot totales y albúmina)</li><li>- TSH</li><li>- HbA1c (si DM)</li><li>- Perfil Fe,</li><li>- B12, fólico y retis (si anemia)</li><li>- <b>SyS orina</b></li><li>- <b>ECG</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>BQ general</b> (función renal, FGE, PFH, Perfil lipídico, prot totales y albúmina)</li><li>- TSH</li><li>- HbA1c (si DM)</li><li>- Perfil Fe, B12, fólico y retis (si anemia)</li><li>- <b>SyS orina</b></li><li>- <b>ECG</b></li></ul>

	<b>Consultas de optimización: perfil B</b>	<b>Consulta de enfermería: perfil B</b>	<b>Consulta no programada: perfil B</b>
<b>ESTUDIOS A SOLICITAR</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>BQ urgente;</b>(función renal, Hemograma)</li><li>- NT Pro BNP/BNP</li><li>- <b>ECG</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>BQ urgente:</b>(función renal, Hemograma)</li><li>- NT pro BNP/BNP</li><li>- <b>ECG</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-<b>BQ urgente:</b>(función renal, Hemograma)</li><li>- NT pro BNP/BNP</li><li>- <b>ECG</b></li></ul>



## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA

Se presenta aquí desarrollado el protocolo de actuación tanto médico como de enfermería, según los objetivos y tareas previamente enumerados:

	<b>Tareas de Enfermería</b>	<b>Tareas médicas</b>
<b>Primera visita</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar motivo de la consulta: el paciente padece insuficiencia cardiaca</li> <li>2. Explicar qué es la IC.</li> <li>3. Explicar síntomas y signos de alarma</li> <li>4. Incidir en la necesidad de control evolutivo próximo en el tiempo para conseguir estabilidad clínica y optimizar tratamiento.</li> <li>5. Explicar fármacos a introducir y necesidad de escalonamiento terapéutico y, por tanto, de revisiones periódicas en el tiempo.</li> <li>6. Dar carpeta para guardar informes y documentos, con las 2 hojas informativas y la ficha de control ambulatorio (hoja para apuntar TA, FC, peso)</li> <li>7. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura</li> <li>8. Pasar cuestionarios: Barthel, Pfeiffer y Cuestionario sobre calidad de vida</li> <li>9. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión</li> <li>10. Introducir datos de tareas 6 y 7 en la historia informática del paciente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historia clínica pormenorizada, con especial atención a factores de riesgo cardio-vascular</li> <li>2. Valorar grado congestivo actual (anamnesis y exploración)</li> <li>3. Insistir en conceptos básicos de educación</li> <li>4. PTC1 (protocolo de peticiones en la primera visita)</li> <li>4. ajuste inicial de tratamiento</li> <li>5. introducir datos de tareas 1,2 y 4 en historia informática del paciente</li> <li>6. Entrega de informe para paciente y MAP</li> <li>7. Entrega de recetas y fecha de revisión</li> </ol>
<b>Visitas de optimización terapéutica (mensuales)</b> (dosis óptimas de IECA y BB) <small>Nota: muchas veces ante la ausencia de problemas puede ser realizada sin médico</small>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insistencia en síntomas y signos de alarma</li> <li>2. Interrogar sobre dudas respecto a manejo de diuréticos y detectar síntomas de alarma</li> <li>3. Revisar ficha de control ambulatorio</li> <li>4. Confirmar cumplimiento terapéutico</li> <li>5. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura</li> <li>6. Reaizar perfil B</li> <li>7. en caso de signos de alarma: hipotensión, taquicardia o taquipnea, ganancia de peso o desaturación, avisar al internista para valorar realizar analítica urgente.</li> <li>8. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión</li> <li>9. Introducir datos de analítica pedida para la revisión y las constantes en la historia informática del paciente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar grado congestivo actual</li> <li>2. Optimización terapéutica para IC</li> <li>3. Control de factores de riesgo cardio-vascular (FRCV), con especial atención a TA, FC, perfil lipídico, función renal, anemia.</li> <li>4. Estudios a realizar</li> <li>5. introducir datos de tareas 1-4 en historia informática del paciente</li> <li>6. Entrega de informe para paciente y MAP</li> <li>7. Entrega de recetas y fecha de revisión</li> </ol>
<b>Revisión a 6 meses</b> (valoración funcional y objetivos de riesgo cardio-vascular)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura</li> <li>2. Pasar cuestionarios: Barthel, Pfeiffer, Cuestionario sobre calidad de vida, cuestionario sobre autocuidado y test de 6 minutos.</li> <li>3. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión</li> <li>4. Introducir datos de tareas 5 y 6 en la historia informática del paciente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar grado congestivo actual</li> <li>2. Ajuste terapéutico si precisa</li> <li>3. Revisión obtención de control óptimo de FRCV (TA, FC, perfil lipídico, Hemoglobina). 6.PTC6 (protocolo de peticiones a los 6meses)r</li> <li>7.introducir datos de tareas 1-4 en historia informática del paciente</li> <li>2. Entrega de informe para paciente y MAP</li> <li>3. Entrega de recetas y fecha de revisión</li> </ol>
<b>Visitas de control a los 9 meses</b> (situación estable, optimización terapéutica conseguida)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insistencia en síntomas y signos de alarma</li> <li>2. Interrogar sobre dudas respecto a manejo de diuréticos y detectar síntomas de alarma</li> <li>3. Revisar ficha de control ambulatorio</li> <li>4. Confirmar cumplimiento terapéutico</li> <li>5. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura.</li> <li>6. Realizar Perfil B y ver resultados</li> <li>7. en caso de signos de alarma: hipotensión, taquicardia o taquipnea, ganancia de peso o de saturación, avisar al internista para valorar realizar analítica urgente.</li> <li>8. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión</li> <li>9. Introducir datos de analítica pedida para la revisión y las constantes en la historia informática del paciente</li> </ol>	<p>No precisa en paciente estable en el que la enfermera no encuentre problemática</p>
<b>Revisión a 12 meses</b> (valoración funcional y objetivos de riesgo cardio-vascular)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura</li> <li>2. Pasar cuestionarios: Barthel, Pfeiffer, Cuestionario sobre calidad de vida, cuestionario sobre autocuidado y test de 6 minutos.</li> <li>3. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión</li> <li>4. Introducir datos de tareas 5 y 6 en la historia informática del paciente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar grado congestivo actual</li> <li>2. Ajuste terapéutico si precisa</li> <li>3. Revisión obtención de control óptimo de FRCV (TA, FC, perfil lipídico, Hemoglobina).</li> <li>4. PTC12 (protocolo de peticiones a los 12 meses)</li> <li>5. introducir datos de tareas 1-4 en historia informática del paciente</li> <li>6. Entrega de informe para paciente y MAP</li> <li>7. Entrega de recetas y fecha de revisión</li> </ol>
<b>Visitas no programadas</b> (agudización)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar ficha de control ambulatorio</li> <li>2. Confirmar cumplimiento terapéutico</li> <li>3. Tomar constantes: TA, FC (en reposo y tras deambulación), pulsioximetría basal, peso, estatura</li> <li>4. Identificar factor precipitante</li> <li>5. Extracción de analítica urgente (función renal, iones, digoxinemia y hemograma). Gasometría arterial basal si pulsioximetría &lt;92%.</li> <li>6. Dejar preparado volante de bioquímica y hoja de petición de revisión</li> <li>7. Introducir datos de analítica pedida para la revisión y las constantes en la historia informática del paciente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar grado congestivo actual</li> <li>2. Identificar factor precipitante</li> <li>3. Ajuste terapéutico</li> <li>4. Estudios a realizar</li> <li>5. Entrega de informe para paciente y MAP</li> <li>6. Entrega de recetas y fecha de revisión</li> </ol>

### ALTA DEL PACIENTE

El alta del paciente no va a ser algo frecuente ya que son pacientes la mayoría ancianos con pluripatología e insuficiencia cardiaca. Sin embargo existen algunos casos del alta del seguimiento.

1. Deseo del propio paciente o cuidadores.
2. Estabilidad del mismo a lo largo al menos 2 años, de acuerdo con atención primaria, y con el compromiso que ante empeoramiento se retomase el seguimiento.
3. Importante deterioro del estado general y funcional, por el que no se beneficie del seguimiento.

### CARPETA DEL PACIENTE

Los pacientes a los que está dirigida esta propuesta asistencial presentan unas características ya descritas: Pluripatología, polimedicación, dificultades en adecuada cumplimentación

Por otro lado, esta consulta monográfica también presenta aspectos diferenciales ya remarcados: Educación y hojas informativas. Autocontrol de determinados aspectos: TA, FC, peso. Cambios frecuentes de medicación. Revisiones periódicas con analíticas frecuentes...

Todo ello hace que en muchas ocasiones demos demasiada información, tanto oral como escrita, al paciente en poco tiempo.

Con vistas a mejorar la organización del paciente y favorecer la pérdida de citas o cumplimentaciones incorrectas de la medicación, y vista la buena acogida de esta iniciativa planteada de forma pionera en España en la Unidad de IC del Hospital Ramón y Cajal, se plantea la entrega al paciente de una carpeta con varios apartados donde puedan clasificar la información y datos más relevantes para el paciente y para la atención médica, bien en nuestra consulta o en Urgencias.

Esta carpeta contendría varios apartados para guardar de forma ordenada los siguientes documentos:

2. **Citas y Cartones de la medicación:** de esta forma la enfermera puede confirmar el adecuado cumplimiento del tratamiento prescrito, y detectar posibles cambios por error o por ajustes indicados por su médico de

Atención Primaria.

3. **Informes:** en este apartado el paciente guardará los informes completos que recibirá tras cada revisión en nuestra consulta (gracias a la informatización de la misma), así como el resto de informes que reciba de otros especialistas o ingresos hospitalarios.
4. **Tratamiento:** en este apartado se guardará la Hoja del Medicamento (elaborada por farmacia)
5. **Hoja de tensión, pulso y peso:** en este apartado se guardará la hoja de autocontrol elaborada a tal efecto.
6. **Instrucciones:** en este apartado se guardarán las hojas informativas sobre la insuficiencia cardiaca elaboradas previamente, así como las hojas de instrucciones para tomarse la tensión.
7. **Analíticas:** aquí se guardarán los volantes de las pruebas que tiene pendientes para hacer.

La carpeta llevará impresas las instrucciones en lenguaje comprensible y letra grande para facilitar la comprensión de nuestros pacientes.

### INDICADORES DE CALIDAD

Los indicadores que se nombran, van a ser fundamentales para medir la funcionalidad de las consultas. Interesa que todas las consultas pertenecientes al proyecto utilicen los mismos indicadores, para posteriormente hacer una valoración completa del rendimiento y utilidad de las mismas.

#### **A) INDICADORES DE ESTRUCTURA**

1. **Guía de Práctica Clínica:** se propone seguir las indicaciones descritas en la GPC publicada por el Grupo de Trabajo de IC de la SEMI (oct-2011), que recoge las actualizaciones de las Guías internacionales.
2. **Monitorización de cuidados y resultados obtenidos en la Consulta Monográfica de IC,** mediante indicadores de proceso y resultado que se describen a continuación.
3. **Descripción de criterios, objetivos y resultados de Consulta Monográfica**
4. **Descripción de objetivos y resultados de Consulta de Enfermería en IC**

#### **B) INDICADORES DE PROCESO**

1. **Medición de autocuidado, autonomía y calidad de vida**

- cuestionarios (Barthel y Pfeiffer)
2. **Medición función ventricular** (ecocardiograma transtoracico preferible)
  3. **Prescripción de IECA-ARA-II**
  4. **Prescripción de Beta-bloqueantes**

## C) INDICADORES DE RESULTADO

1. **Visitas a Urgencias por IC** tras 6 y 12 meses de seguimiento
2. **Visitas a Urgencias por cualquier causa** tras 6 y 12 meses de seguimiento
3. **Ingresos por IC** tras 6 y 12 meses de seguimiento
4. **Ingresos por cualquier causa** tras 6 y 12 meses de seguimiento
5. **Adecuación de seguimiento:** % pacientes que siguen en la consulta tras 6 y 12 meses de seguimiento

### **INDICADORES DE PROCESO:**

#### **1. Medición de auto cuidado, autonomía y calidad de vida**

**Definición:** realización de cuestionarios de enfermería validados para realizar una adecuada valoración del paciente con insuficiencia cardíaca:

**Numerador:** nº pacientes en seguimiento un mínimo de 6 meses en la consulta con realización de dichos cuestionarios según protocolo.

**Denominador:** nº pacientes en seguimiento un mínimo de 6 meses en la consulta de IC.

**Comentarios:** los cuestionarios validados son los siguientes

- Índice de Barthel
- Índice de Pfeiffer
- Escala de Autocuidado (European Heart Failure Self-care Behaviour Scale)
- Cuestionario de Calidad de Vida (Hospital Germans Trias i Puyol)

**Fuente de Datos:** Administrativos, Historia Clínica

**Estándar:** por definir

**Indicador desarrollado por:** desarrollo propio

#### **2. Medición de función ventricular:**

**Definición:** Descripción en informe de consulta de función ventricular en cualquier momento antes o durante el seguimiento del paciente o planificación de valoración ecocardiográfica en dicho informe.

**Numerador:** nº pacientes con descripción FEVI en informe de consulta

**Denominador:** nº pacientes en seguimiento por IC

**Comentarios:** se aceptará como descripción de función ventricular:

- Descripción cuantitativa o cualitativa de función ventricular en el informe, independientemente del momento en el que se ha realizado el estudio.
- Indicación en informe de consulta de realización de estudio ecocardiográfico con fecha precisa. No se considerará válido que se indique su realización futura sin concretar fecha.
- Se aceptará como si se hubiese realizado el estudio aquellos no estudiados por rechazo de la prueba por el paciente o aquellos en los que no se indicó por situación terminal o

severa comorbilidad por lo que no se consideran más estudios, siempre que así se exprese en el informe.

- Se aceptará como si se hubiese realizado el estudio aquellos en los que no se realizó por no pertenecer al área sanitaria, siempre que se remita a su hospital de referencia con recomendación de su realización.

**Fuente de Datos:** Administrativos, Historia Clínica

**Estándar:** Health Care Financing Administration (en 1994: 45-73%)

**Indicador desarrollado por:**

JCAHO (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations)

CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services)

### 3. Prescripción de IECAS o ARA-II

**Definición:** pacientes con insuficiencia cardiaca y sin contraindicaciones para prescripción de IECAS ni ARA-II, siempre que presenten una disfunción sistólica (FEVI<40% o descripción cualitativa compatible con disfunción sistólica moderada o severa) o una FEVI preservada y que asocie enfermedad cardiovascular sintomática, HTA o diabetes mellitus

**Numerador:** pacientes en IC con disfunción sistólica o función sistólica preservada y que asocie enfermedad cardiovascular sintomática, HTA o diabetes mellitus con prescripción de IECA o ARA-II.

**Denominador:** pacientes en IC con disfunción sistólica o función sistólica preservada y que asocie enfermedad cardiovascular sintomática, HTA o diabetes mellitus.

**Comentarios:**

### 4. Prescripción de Beta-bloqueantes:

**Definición:** pacientes con insuficiencia cardiaca y sin contraindicaciones para prescripción de beta-bloqueantes (BB), siempre que presenten una disfunción sistólica (FEVI<40% o descripción cualitativa compatible con disfunción sistólica moderada o severa) o una FEVI preservada con antecedentes de Cardiopatía isquémica (CI), HTA o Fibrilación Auricular (FA)

**Numerador:** pacientes en IC con disfunción sistólica o función sistólica preservada con CI, HTA o FA con prescripción de BB.

**Denominador:** pacientes en IC con disfunción sistólica o función sistólica preservada con CI, HTA o FA

**Fuente de Datos:** Administrativos, Historia Clínica

**Estándar:** por definir.

**Justificación:** un gran porcentaje de los pacientes atendidos por insuficiencia cardiaca presentan un función sistólica conservada y aunque para estos pacientes no hay el mismo grado de evidencia científica que para la disfunción sistólica, las actualizaciones de las Guías de Práctica Clínica para el manejo de la Insuficiencia Cardiaca Crónica tanto americanas como europeas, aceptan la indicación de BB para control de la frecuencia cardiaca y de la Tensión Arterial en estos pacientes con fibrilación auricular. Por otro lado, son fármacos de inexcusable prescripción si antecedentes de C Isq.

## INDICADORES DE RESULTADO

### 1. Visitas a Urgencias por IC

**Definición:** paciente en seguimiento en la consulta monográfica que acude a Urgencias por descompensación cardiaca como principal motivo

**Numerador:** número de visitas a Urgencias por IC tras 6 y 12 meses de seguimiento

**Denominador:** número de pacientes en seguimiento por 6 y 12 meses, respectivamente

**Indicador desarrollado por:** desarrollo propio.

**Fuente de Datos:** Administrativos, Historia Clínica

**Estándar:** por definir.

**Justificación:** valorar la frecuentación del servicio de Urgencias por insuficiencia cardiaca en los pacientes en seguimiento en la consulta monográfica.

## 2. Visitas a Urgencias por cualquier motivo

**Definición:** paciente en seguimiento en la consulta monográfica que acude a Urgencias por cualquier motivo

**Numerador:** número de visitas a Urgencias por cualquier motivo tras 6 y 12 meses de seguimiento

**Denominador:** número de pacientes en seguimiento durante 6 y 12 meses, respectivamente

**Indicador desarrollado por:** desarrollo propio.

**Fuente de Datos:** Administrativos, Historia Clínica

**Estándar:** por definir.

**Justificación:** valorar la frecuentación del servicio de Urgencias por cualquier motivo en los pacientes en seguimiento en la consulta monográfica.

## 3. Ingresos por IC

**Definición:** paciente en seguimiento en la consulta monográfica que ingresa por descompensación cardiaca como principal motivo

**Numerador:** número de ingresos hospitalarios por IC tras 6 y 12 meses de seguimiento

**Denominador:** número de pacientes en seguimiento por 6 y 12 meses, respectivamente

**Indicador desarrollado por:** desarrollo propio.

**Fuente de Datos:** Administrativos, Historia Clínica

**Estándar:** por definir.

**Justificación:** valorar la tasa de ingresos por insuficiencia cardiaca en los pacientes en seguimiento en la consulta monográfica.

## 4. Ingresos por cualquier motivo

**Definición:** paciente en seguimiento en la consulta monográfica que ingresa por cualquier motivo

**Numerador:** número de ingresos hospitalarios por cualquier motivo tras 6 y 12 meses de seguimiento

**Denominador:** número de pacientes en seguimiento por 6 y 12 meses, respectivamente

**Indicador desarrollado por:** desarrollo propio.

**Fuente de Datos:** Administrativos, Historia Clínica

**Estándar:** por definir.

**Justificación:** valorar la frecuentación del servicio de Urgencias por cualquier motivo en los pacientes en seguimiento en la consulta monográfica.

## 5. Adecuación de seguimiento

**Definición:** valorar grado de cumplimentación con la consulta tras 12 meses de seguimiento

**Numerador:** número de pacientes en seguimiento por 12 meses

**Denominador:** número de pacientes en los que se ha iniciado seguimiento, descartados los fallecimientos durante el período de seguimiento

**Indicador desarrollado por:** desarrollo propio.

**Fuente de Datos:** Administrativos, Historia Clínica

**Estándar:** por definir.

**Justificación:** valorar la frecuentación del servicio de Urgencias por cualquier motivo en los pacientes en seguimiento en la consulta monográfica.

# INDICADORES DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

<b>INDICADORES DE PROCESO</b>	<b>6 meses</b>	<b>12 meses</b>
Medición de autocuidado, autonomía y calidad de vida		
Medición función ventricular		
Prescripción de IECA-ARA-II (indicador propio)		
Prescripción de Beta-bloqueantes		
<b>INDICADORES DE RESULTADO</b>		
Visitas a Urgencias por IC		
Visitas a Urgencias por cualquier causa		
Ingresos por IC		
Ingresos por cualquier causa		
Adecuación de seguimiento		